

Lista de verificación: Asegúrese de incluir los siguientes puntos.

- DSS-SE-408 Solicitud y Acuerdo para Servicios de pensión para menores. Este documento tiene 4 secciones que requieren su firma. Una de las firmas debe estar legalizada. Firme esta sección en presencia de un Notario público.
- DSS-SE-481 Informe financiero. Debe firmar esta sección en presencia de un Notario público.
- Declaración jurada de Apoyo de establecimiento de paternidad. Si tiene más de un niño con la madre, se requiere una hoja por separado por cada niño. Las Secciones I y III deben estar completadas. Debe firmar este documento en presencia de un Notario público.
- Verificación de ingresos (talones de pago, declaración de impuestos)
- \$5 de tarifa por solicitud. La tarifa puede pagarse en efectivo, giro postal o con cheque. El cheque debe ser pagadero a la Division of Child Support.

DCS #: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha de solicitud: _____

Fecha de envío de 408: _____

Fecha de recibo de 408: _____

SOLICITUD Y ACUERDO PARA SERVICIOS DE PENSIÓN PARA MENORES

Escriba sus respuestas a mano o a máquina. Lea todas las instrucciones cuidadosamente y responda cada pregunta tan detalladamente como sea posible. No responder todas las preguntas puede retardar el procesamiento de la solicitud. Firme y envíe por correo la solicitud completada con los adjuntos correspondientes y la cuota de solicitud de \$5.00 a su oficina más cercana de la División de Apoyo al Menor (DCS).

Si no comprende o no puede completar este formulario, solicite ayuda en cualquier oficina de DCS. *Las solicitudes incompletas serán devueltas.*

Confidencialidad/Necesidad de intérprete

Las leyes y regulaciones federales y estatales limitan el uso y la divulgación de la información confidencial sobre los solicitantes y beneficiarios de los Servicios de Pensión para Menores.

¿Necesita los servicios de un intérprete? Sí No

Si respondió que sí, especifique el tipo de servicio que necesita (tipo de idioma, señales, etc.) _____

(Los servicios de interpretación son suministrados gratuitamente.)

Declaración de no discriminación

De acuerdo con la ley federal y el Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA) y con la política del Departamento de Salud y Servicios Públicos (HHS), el Departamento de Servicios Sociales tiene prohibido discriminar debido a la raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Según la Ley de Estampillas para Alimentos (Food Stamp Act) y la política del USDA, también se prohíbe la discriminación basada en creencias religiosas o políticas.

Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA o HHS: Escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202)720-5964 (voz o TDD). Escriba a HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202)619-0403 (voz) o (202)619-3257 (TDD). USDA y HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.

Números de Seguro Social:

Los números de la Seguridad Social son utilizados por la División de Apoyo al Menor para localizar a personas con fines de establecimiento de paternidad, así como para la modificación y cumplimiento de las obligaciones de apoyo infantil. Consulte la norma 42 U.S.C. § 666(a)(13). Si usted no posee un número de Seguridad Social o si no sabe el número de Seguro Social del padre que no tiene la custodia legal, el DCS no rechazará su solicitud.

Raza/Etnicidad

La raza y la etnicidad son requisitos opcionales. Sin embargo, la raza y la etnicidad pueden usarse para ayudar a determinar el parentesco y permite al DCS determinar si tiene jurisdicción o no sobre un padre que no tiene la custodia que puede ser nativo americano viviendo en una reservación/terra en fideicomiso.

INFORMACIÓN SOBRE MADRE/CUSTODIO

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Teléfono del hogar (Incluir código de área)
Domicilio (Calle, ciudad, estado, código postal)			Nombre de soltera
Dirección postal (si es diferente que la mencionada anteriormente) (Calle, ciudad, estado, código postal)			Lugar de nacimiento (Ciudad, estado)
Nombre y dirección del empleador			Teléfono del empleador (Incluir código de área)
Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____	<u>Etnicidad (opcional):</u> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <u>Seleccione una o más razas (opcional):</u> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro		¿Ha recibido la madre o el custodio TANF en otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si respondió que sí, indique el(los) estado(s). ¿Ha recibido la madre o el custodio servicios de pensión para menores en otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si respondió que sí, indique el(los) estado(s). ¿Está la madre o el custodio recibiendo servicios de pensión para menores en otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si respondió que sí, indique el(los) estado(s).
Número de Seguro Social (si lo tiene) ____ / ____ / _____ Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			¿Tienen actualmente la madre o el custodio un abogado o una agencia que los represente en asuntos relacionados con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé ¿Sabe el abogado o la agencia que usted está solicitando ayuda del DCS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió que sí, nombre y dirección del abogado o agencia: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____			

INFORMACIÓN SOBRE SU(S) NIÑO(S)

Indique el nombre completo y llene la información siguiente para cada niño que viva con la madre o el custodio y para quien busca establecer la paternidad y/o una orden de cuidado infantil. **Use el nombre del niño como aparece en el certificado de nacimiento.**

<p>_____ Primer nombre</p> <p>_____ Segundo nombre</p> <p>_____ Apellido</p>	<p>Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____</p> <p>Número de Seguro Social (si lo tiene) ____ - ____ - ____</p> <p>Lugar de nacimiento (Ciudad/estado) _____</p>	<p><u>Etnicidad (opcional):</u> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <u>Seleccione una o más razas (opcional):</u> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro</p>	<p>¿El niño nació durante el matrimonio de la madre y el padre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que no, ¿se llenó un Reconocimiento de paternidad o una Declaración de paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, proporcione una copia e indique el estado donde se presentó el reconocimiento o la declaración _____ Su relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal</p>
<p>_____ Primer nombre</p> <p>_____ Segundo nombre</p> <p>_____ Apellido</p>	<p>Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____</p> <p>Número de Seguro Social (si lo tiene) ____ - ____ - ____</p> <p>Lugar de nacimiento (Ciudad/estado) _____</p>	<p><u>Etnicidad (opcional):</u> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <u>Seleccione una o más razas (opcional):</u> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro</p>	<p>¿El niño nació durante el matrimonio de la madre y el padre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que no, ¿se llenó un Reconocimiento de paternidad o una Declaración de paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, proporcione una copia e indique el estado donde se presentó el reconocimiento o la declaración _____ Su relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal</p>
<p>_____ Primer nombre</p> <p>_____ Segundo nombre</p> <p>_____ Apellido</p>	<p>Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____</p> <p>Número de Seguro Social (si lo tiene) ____ - ____ - ____</p> <p>Lugar de nacimiento (Ciudad/estado) _____</p>	<p><u>Etnicidad (opcional):</u> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <u>Seleccione una o más razas (opcional):</u> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro</p>	<p>¿El niño nació durante el matrimonio de la madre y el padre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que no, ¿se llenó un Reconocimiento de paternidad o una Declaración de paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, proporcione una copia e indique el estado donde se presentó el reconocimiento o la declaración _____ Su relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal</p>
<p>_____ Primer nombre</p> <p>_____ Segundo nombre</p> <p>_____ Apellido</p>	<p>Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____</p> <p>Número de Seguro Social (si lo tiene) ____ - ____ - ____</p> <p>Lugar de nacimiento (Ciudad/estado) _____</p>	<p><u>Etnicidad (opcional):</u> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <u>Seleccione una o más razas (opcional):</u> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro</p>	<p>¿El niño nació durante el matrimonio de la madre y el padre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que no, ¿se llenó un Reconocimiento de paternidad o una Declaración de paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, proporcione una copia e indique el estado donde se presentó el reconocimiento o la declaración _____ Su relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal</p>

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE/PADRE SIN LA CUSTODIA

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Teléfono del hogar (Incluir código de área)
Domicilio (Calle, ciudad, estado, código postal)			
Dirección postal (si es diferente que la mencionada anteriormente) (Calle, ciudad, estado, código postal)			
Indique los estados en que ha vivido:			
Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____	<u>Etnicidad (opcional):</u> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <u>Seleccione una o más razas (opcional):</u> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro		¿Está usted cumpliendo el servicio militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, ¿cuál rama? _____ ¿La Guardia Nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Recibe usted algún beneficio mensual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, explique:
Número de Seguro Social (si lo tiene) ____ / ____ / _____			
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Lugar de nacimiento:	Altura:		Peso:
Color de ojos:	Color de cabello:		Alguna característica distintiva:
¿Cuál es el nombre y las direcciones de sus padres?		¿Paga usted pensión para menores en otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique el(los) estado(s).	
Nombre de soltera de su madre:			
Nombre y dirección del empleador actual o anterior:		Teléfono del empleador (Incluir código de área): ¿Es éste el actual empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que no, ¿cuándo fue la última vez que usted trabajó ahí?	
¿Cuál es su ocupación usual?		Nombre y dirección de institución financiera: Número de cuenta:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

¿Alguno de los niños recibe atenciones médicas (Medicaid o T19) o CHIP? Sí No

Si respondió que sí, indique el(los) niño(s). _____

Indique el(los) niño(s) que tiene(n) cobertura de seguro médico privado o de Servicios de Salud para Indígenas (IHS):

Nombre del niño cubierto	Cobertura de seguro Fecha de Inicio Fecha de término	Nombre y dirección de compañía de seguros	N° de póliza/grupo Tipo de seguro	Nombre del titular de la póliza
_____	__/__/____ __/__/____	_____	# _____ <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Otra	_____
_____	__/__/____ __/__/____	_____		_____
_____	__/__/____ __/__/____	_____		_____

Costo mensual por el seguro: \$ _____ Número total de personas cubiertas bajo esta póliza: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO LEGAL CON LA MADRE/CUSTODIO

¿Cuál es su relación actual con la madre?

Jamás casados Divorciados Legalmente separados Separados de hecho

Fecha del matrimonio con la madre: _____ Lugar del matrimonio (Ciudad, estado): _____

Alguna corte ha dictado una orden adjudicando o estableciendo:

1. Paternidad: Sí No

Si respondió que sí, fecha de la orden: _____

Número del expediente: _____

Condado y estado donde se registró la orden: _____

2. Custodia: Sí No

Si respondió que sí, fecha de la orden: _____

Número del expediente: _____

Condado y estado donde se registró la orden: _____

Usted debe completar un informe financiero (SE481).

SERVICIOS SOLICITADOS:

Indique el servicio o los servicios que está solicitando de DCS:

Sí No Establecer la paternidad y una orden de pensión para menores para un niño que no nació durante el matrimonio del padre y la madre.
(Complete un cuestionario de paternidad si usted y la madre no han firmado un Reconocimiento de paternidad o una Declaración de paternidad o si no han llevado a cabo pruebas genéticas. Si usted no está proporcionando cobertura de seguro médico actualmente, DCS puede presentar una orden exigiendo que usted obtenga seguro médico si está disponible a través de su empleo.)

Sí No Establecer una orden de pensión para menores.
(Si usted no está proporcionando cobertura de seguro médico actualmente, DCS puede presentar una orden exigiendo que usted obtenga seguro médico si está disponible a través de su empleo.)

BAJO PENA DE PERJURIO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Firma del solicitante y fecha

ACUERDO PARA SERVICIOS DE PENSIÓN PARA MENORES

Este es el Acuerdo entre usted y el Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur, División de Apoyo al Menor (DCS) para servicios de pensión para menores.

Cuando usted firma el Acuerdo, completa la solicitud y paga la tarifa de \$5.00 por solicitud de servicios, la DCS establecerá la paternidad y/o presentará una orden para pensión para menores de acuerdo con la ley y con nuestras políticas. Dependiendo de su situación y de la cantidad de información que usted proporcione, es posible que la DCS lo ayude a:

- Ubicar a la madre/custodio.
- Establecer la paternidad si el niño no nació durante el matrimonio de la madre y el padre.
- Establecer una orden de pensión para menores. En el proceso, la DCS le pedirá a usted que mantenga una póliza de seguro médico para los niños si la madre no tiene un seguro médico adecuado.

Luego de aceptar su caso, la DCS evaluará su situación y procederá de acuerdo con esa evaluación. **En general, no le informaremos con anterioridad sobre las medidas que tomamos.** Por lo tanto, usted debe mantenernos informados de su caso. Esto significa que usted debe informarnos **antes** de celebrar cualquier acuerdo, dispensa, estipulación o modificación que pueda afectar la pensión para menores y que debe proporcionarnos copias de estos documentos.

Usted debe informarnos si se muda o si cambia de número de teléfono (en el trabajo o en casa) para que podamos comunicarnos con usted sin demora. Usted debe cooperar con la DCS y siempre proporcionar información precisa lo mejor que pueda.

Llame a la oficina de DCS si desea una reunión con su investigador de pensión para menores.

La DCS no puede:

- Involucrarse en el régimen de visitas, la custodia o asuntos de resolución de propiedades, ya sea en una acción de divorcio o en cualquier otro proceso legal.
- Proporcionar servicios de pensión para menores directamente a usted si usted es un niño que busca apoyo de sus padres. Sin embargo, su tutor legal o custodio puede buscar ayuda de nosotros en nombre de usted.

OTRAS CONSIDERACIONES

La DCS no tiene jurisdicción sobre los nativos americanos que viven en reservaciones indias o en tierras en fideicomiso. Por lo tanto, si la madre/custodio es nativo americano y vive en tierra india, la DCS no podrá establecer la paternidad ni la obligación de apoyo.

Un abogado de DCS representa al Departamento de Servicios Sociales, División de Apoyo al Menor (DCS). Si la DCS asigna un abogado para su caso, tratará de establecer la pensión para menores, además de los intereses del Departamento de Servicios Sociales. No se crea una relación abogado/cliente entre usted y el abogado de DCS.

PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS ADMINISTRATIVAS

Un beneficiario de servicios DCS tiene derecho a una revisión administrativa de una queja donde haya evidencia de que se haya cometido un error o de que tenga que tomarse una acción en su caso. Para obtener una revisión, un beneficiario puede comunicarse con el investigador de DCS asignado a la queja para tratar de resolverla de manera informal.

Un beneficiario también puede enviar una queja por escrito a la DCS especificando la naturaleza de la queja y la acción solicitada a ser aplicada por la DCS. Al recibir la queja por escrito, la DCS realizará una revisión de la queja y tomará las medidas correctivas de ser necesario. La DCS notificará al beneficiario ya sea en forma verbal o por escrito sobre cualquier acción tomada para resolver la queja.

Un beneficiario también tiene derecho a pedir una audiencia imparcial, de acuerdo a ley.

PROTECCIÓN DE SU PRIVACIDAD

DCS protege la seguridad y privacidad de sus clientes hasta el grado permitido por la ley. En ocasiones, al manejar un caso, es necesario proporcionar información de un historial a otras agencias o personas que trabajan en forma conjunta con nosotros (abogados, personal de la corte, agencias de cumplimiento de la pensión para menores de otros estados, laboratorios de pruebas genéticas), pero esto se hace solamente, y hasta el grado necesario, para proporcionar servicios de pensión para menores a usted. La confidencialidad y privacidad de la información personal están protegidas por leyes y regulaciones estatales y federales. Los acuerdos entre la DCS y otras agencias rigen nuestro uso común de la información y requieren acatar las leyes de confidencialidad y privacidad.

ÓRDENES DE PROTECCIÓN: La DCS tiene prohibido divulgar información sobre el paradero de cualquier parte a otra parte cuando la corte haya presentado una orden de protección. Si usted tiene alguna orden de protección vigente, proporciónenos una copia con esta solicitud. Si obtiene una orden de protección en el futuro, debe notificar al DCS en ese momento.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Cuando le proporcionamos servicios a usted, debemos usar su número de Seguro Social y el de sus hijos. Por lo tanto, usted debería entender que al firmar este Acuerdo, está autorizando el uso de números del Seguro Social como un identificador para todos los fines de la pensión para menores.

SU DERECHO DE RETIRARSE DE ESTE ACUERDO: Usted puede terminar este Acuerdo y cerrar su caso en cualquier momento. Si desea terminarlo, notifique al DCS por escrito.

NUESTRO DERECHO DE RETIRARNOS DE ESTE ACUERDO

La DCS también puede terminar este Acuerdo y cerrar su caso. Lo haremos inmediatamente si usted solicita servicios de pensión para menores o asistencia pública en otro estado. La DCS proporcionará una Notificación de cese de servicios por las siguientes razones:

- La madre o el custodio ha fallecido y no puede tomarse ninguna acción adicional.
- La paternidad no puede ser establecida ya que el hijo tiene 18 años o las pruebas genéticas han excluido al supuesto padre.
- La DCS ha determinado que ningún esfuerzo adicional es en beneficio del niño.
- La DCS no ha podido localizar a la madre en un período de 3 años o 1 año si no hay suficiente información para iniciar un esfuerzo de ubicación automatizado.
- La madre o el custodio están en el extranjero y no tenemos jurisdicción.
- La DCS tiene documentado que usted no ha cooperado con ellos.
- La DCS no ha podido comunicarse con usted dentro de 60 días calendario a pesar de enviar al menos una carta en correo de primera clase a la última dirección conocida.

Usted debe realizar todos los pagos de pensión para menores a la DCS para la correcta contabilidad de los pagos. No realizar los pagos de pensión para menores a la DCS **causará** la terminación de este Acuerdo.

Aprobado por el solicitante: _____
Firma Fecha

CONFLICTO DE INTERESES

Las leyes estatales y federales, además de las políticas y procedimientos adoptados por la DCS, rigen todos los servicios de pensión para menores que ofrecemos. Esto quiere decir que la DCS debe decidir los servicios que pueden estar disponibles y que son más adecuados para su caso. En ciertas situaciones, estas leyes y procedimientos pueden significar que manejemos su caso de forma diferente a la que usted quisiera.

Si la DCS se entera de un conflicto de intereses en su caso, se lo notificaremos y trataremos de resolver los problemas. Si los problemas no pueden resolverse satisfactoriamente, la DCS no le podrá proporcionar servicios a usted y el Acuerdo será terminado.

He leído y entendido este Acuerdo. He recibido el Manual de Pensión para Menores. Acepto cumplir todos los términos y las condiciones establecidas.

Firma Fecha

PODER LIMITADO

Cuando estamos proporcionando servicios a usted, debemos tener la autorización para firmar documentos, actuar en su nombre, cobrar cheques de usted, y enviar ese dinero a la madre o al custodio. Para que la DCS tome estos pasos, necesitamos su autorización, llamada comúnmente Poder limitado. Sin esta autorización, no podremos trabajar en su caso con eficacia. Firme abajo para indicar que está otorgando a la DCS un Poder limitado.

Yo _____ por la presente otorgo a la DCS un Poder limitado para actuar por mí y en mi nombre. Este poder incluye la autorización para firmar documentos y recibir y endosar efectivo, cheques, giros, o cheques bancarios que representen pagos de pensión para menores.

Su firma

Suscrito y jurado en mi presencia el día _____ de _____, _____.

Notario público

Mi nombramiento expira: _____

(SELLO)

Responda todas las preguntas o declare que no es aplicable si la pregunta no es pertinente a su situación financiera. Si necesita más espacio para responder una pregunta, adjunte hojas adicionales si es necesario para responder completamente cualquier punto. Asegúrese de adjuntar una copia de su declaración de impuestos federales más reciente, su talón de pago más reciente, y de tener su informe financiero legalizado y devolverlo después de completarlo.

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE _____
DIRECCIÓN: _____
ESTADO CIVIL ACTUAL: _____
NOMBRE DEL BANCO _____
DIRECCIÓN _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____
TELÉFONO: CASA (____) _____
TRABAJO (____) _____
CUENTA CORRIENTE #: _____
CUENTA DE AHORROS #: _____
OTRA _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEO

EMPLEADOR: _____
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____
TELÉFONO DEL EMPLEADOR: _____
TARIFA DE PAGO: \$ _____ POR _____
PROPINAS: \$ _____ POR _____

FECHA DE EMPLEO: DESDE: _____
HASTA: _____
OCUPACIÓN: _____
HORAS TRABAJADAS POR SEMANA: _____

INGRESO MENSUAL BRUTO

1. \$ _____ Sueldo, salario, propinas, comisiones, bonificaciones, u otras designaciones
2. \$ _____ Ganancia o lucro de un negocio o profesión (trabajo independiente)
3. \$ _____ Pagos por jubilación, retiro, discapacidad, veteranos, Seguro Social o seguro
4. \$ _____ Intereses, dividendos, alquileres, regalías u otras ganancias
5. \$ _____ Ganancia por venta, transacción o conversión de activos fijos
6. \$ _____ Seguro de desempleo y beneficios de compensación laboral
7. \$ _____ Beneficio en lugar de compensación incluyendo, pero sin limitarse a, viáticos de las fuerzas armadas.
8. \$ _____ Otros ingresos (incluyendo apoyo del cónyuge). Explique _____
9. \$ _____ **INGRESO TOTAL BRUTO MENSUAL** (sumar líneas 1 hasta 8).

DEDUCCIONES PERMITIDAS

10. \$ _____ Impuesto a la renta en base a una deducción de retención para un contribuyente soltero (NO en base al número real de dependientes)
11. \$ _____ Tasa de Seguro Social y Medicare retenidas de sueldos o salarios
12. \$ _____ Contribuciones a un plan de jubilación con calificación de IRS que no exceda 10% de ingreso bruto
13. \$ _____ Gastos del negocio no reembolsados al empleado (Adjuntar formulario IRS 2106)
14. \$ _____ Pagos realizados para órdenes de pensión para menores **DIFERENTES QUE PARA LOS NIÑOS EN CUESTIÓN EN ESTE PROCEDIMIENTO** (Adjuntar orden de la corte y evidencia de pago)
15. \$ _____ Pagos realizados para apoyo del cónyuge
16. \$ _____ **DEDUCCIONES TOTALES** (sumar líneas 10 hasta 15)

17. \$ _____ **INGRESO NETO MENSUAL** (Línea 9 menos línea 16)

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

¿Tiene seguro médico disponible para dependientes a través de su empleador? _____

Si usted proporciona seguro médico o dental para su(s) niño(s), complete lo siguiente:

Nombre de la compañía de seguro médico y/o dental: _____

Dirección de la compañía de seguro médico y/o dental: _____

Número de la póliza: _____ Costo total mensual por el seguro: _____

Personas cubiertas bajo la póliza del seguro: _____

Si usted puede identificar la cantidad exacta de la prima cada mes que es únicamente para el niño o niños en cuestión, especifíquela. \$ _____

Adjunte a esta página una copia de cualquier tarjeta de seguro médico o dental que proporcione cobertura al niño o niños.

INFORMACIÓN DE BIENES

Indique los bienes, en valor y ubicación, incluyendo pero sin limitarse a vehículos, botes, equipo de caza/pesca, artículos deportivos, bienes inmuebles, cuentas de depósitos (con nombre, dirección, y número de cuenta de cada una), valor en efectivo de las pólizas de seguros, joyas, valores, y cualquier otra propiedad de cualquier clase. Si alguna propiedad tiene un saldo deudor, indique el valor total de la propiedad en la columna Valor de mercado. Indique deuda o saldo deudor por separado.

Descripción y ubicación del ítem	Valor de mercado	Deuda/Saldo deudor

ESTADO DE DAKOTA DEL SUR)

)

CONDADO DE _____)

_____, luego de prestar juramento, declara y manifiesta que él/ella es el padre mencionado anteriormente que ha completado este informe financiero, que ha leído el informe financiero precedente y conoce su contenido, y que a su leal saber y entender, después de una investigación razonable, es verdadero y correcto.

Firma del padre mencionado anteriormente

Suscrito y jurado en mi presencia el día ____ de ____, ____.

(SELLO)

Notario público, Dakota del Sur

Mi nombramiento expira

Tabla de impuestos federales a los ingresos
Para personas solteras con 1 deducción de retención
Para salarios pagados en 2007

Si los salarios son:

Al menos	Pero menos que	Monto de impuesto a la renta a retener
\$0	500	0
500	520	1
520	540	3
540	560	5
560	580	7
580	600	9
600	640	12
640	680	16
680	720	20
720	760	24
760	800	28
800	840	32
840	880	36
880	920	40
920	960	44
960	1000	48
1000	1040	52
1040	1080	56
1080	1120	60
1120	1160	64
1160	1200	70
1200	1240	76
1240	1280	82
1280	1320	88
1320	1360	94
1360	1400	100
1400	1440	106
1440	1480	112
1480	1520	118
1520	1560	124
1560	1600	130
1600	1640	136
1640	1680	142
1680	1720	148
1720	1760	154
1760	1800	160
1800	1840	166

Si los salarios son:

Al menos	Pero menos que	Monto de impuesto a la renta a retener
1840	1880	172
1880	1920	178
1920	1960	184
1960	2000	190
2000	2040	196
2040	2080	202
2080	2120	208
2120	2160	214
2160	2200	220
2200	2240	226
2240	2280	232
2280	2320	238
2320	2360	244
2360	2400	250
2400	2440	256
2440	2480	262
2480	2520	268
2520	2560	274
2560	2600	280
2600	2640	286
2640	2680	292
2680	2720	298
2720	2760	304
2760	2800	310
2800	2840	316
2840	2880	322
2880	2920	328
2920	2960	334
2960	3000	340
3000	3040	346
3040	3080	352
3080	3120	361
3120	3160	371
3160	3200	381
3200	3240	391
3240	3280	401
3280	3320	411

Si los salarios son:

Al menos	Pero menos que	Monto de impuesto a la renta a retener
3320	3360	421
3360	3400	431
3400	3440	441
3440	3480	451
3480	3520	461
3520	3560	471
3560	3600	481
3600	3640	491
3640	3680	501
3680	3720	511
3720	3760	521
3760	3800	531
3800	3840	541
3840	3880	551
3880	3920	561
3920	3960	571
3960	4000	581
4000	4040	591
4040	4080	601
4080	4120	611
4120	4160	621
4160	4200	631
4200	4240	641
4240	4280	651
4280	4320	661
4320	4360	671
4360	4400	681
4400	4440	691
4440	4480	701
4480	4520	711
4520	4560	721
4560	4600	731
4600	4640	741
4640	4680	751
4680	4720	761
4720	4760	771
4760	4800	781

DECLARACIÓN JURADA DE APOYO DE ESTABLECIMIENTO DE PATERNIDAD

Solicitante Caso IV-D: TANF
 IV-E Cuidado temporal
 Medicaid solamente
Demandado Ayuda previa
 Ayuda nunca
Caso No-IV-D:

SELLO DE ARCHIVO

No. de caso IV-D de respuesta _____ No. de caso IV-D de inicio _____

No. de expediente de respuesta _____ No. de expediente de inicio _____

Se requiere una Declaración jurada separada por cada niño para quien se necesite establecer la paternidad.

SECCIÓN I

Yo, _____, bajo juramento, bajo pena de perjurio declaro y sostengo:
Nombre (Primer, Segundo, Apellido)

1. Soy la madre natural del niño mencionado anteriormente:
 el padre natural
 otro; explicar en Sección IV

Nombre completo del niño (Primer, Segundo, Apellido)	Fecha de nacimiento del niño (Mes, Día, Año)	Lugar de nacimiento (Ciudad, Condado, Estado)
Fecha en que la madre quedó embarazada (Mes, Día, Año)	Embarazo de término completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si respondió que no, explique)	Lugar en que la madre quedó embarazada (Ciudad, Condado, Estado)
		Nombre de soltera de la madre

2. El niño fue concebido como resultado de relaciones sexuales entre _____
y yo durante el tiempo establecido anteriormente. Nombre (Primer, Segundo, Apellido)

3. a. Un hombre es indicado como el padre en el certificado de nacimiento del niño. Sí (adjunto copia certificada) No
Si respondió que sí, el nombre y la dirección del hombre son:
- b. Un hombre estaba casado con la madre natural, y el nacimiento del niño ocurrió dentro de un año del final del matrimonio. Sí No
Si respondió que sí, el nombre y la dirección del hombre son: Fecha de término del matrimonio _____
(Mes, Día, Año)
- c. Un hombre firmó el reconocimiento de paternidad antes de que un reconocimiento se convirtiera en una decisión legal de paternidad según la ley del estado. Sí (adjunto copia certificada) No
- d. Un hombre actuó y se presentó a si mismo como el padre del niño. Si respondió que sí, el nombre y la dirección del hombre son: Sí No
- e. Se completaron pruebas genéticas para determinar el padre biológico del niño. Si respondió que sí, adjuntar resultados. Sí No

SECCIÓN II (A SER COMPLETADA POR LA MADRE SOLAMENTE)

1. Tuve relaciones sexuales con otro hombre (distinto del que estoy indicando como el padre natural del niño) durante el intervalo de 30 días antes o 30 días después de que el niño fue concebido. Sí No
(Si respondió que sí, complete lo siguiente.)
- a. Nombre(s) y dirección(es) de el(los) otro(s) hombre(s):
- b. El(los) otro(s) hombre(s) está(n) relacionado(s) biológicamente al hombre que estoy indicando como el padre natural del niño.
 Sí No Si respondió que sí, declare la relación biológica (como hermano, primo, tío, etc)
- c. No creo que el(los) otro(s) hombre(s) sea(n) el padre porque:
2. Estaba casada en el momento del nacimiento del niño. Sí No (Si respondió que sí, complete lo siguiente.)
- a. Nombre del esposo (Primer, Segundo, Apellido) y última dirección conocida:
- b. Establezca porque el esposo no es el padre de este niño nacido dentro de un año del fin del matrimonio, incluyendo la sentencia de divorcio, resultados de pruebas de sangre y previos hallazgos de no paternidad, si los hubiera:
3. _____ es el padre de este niño. Los siguientes hechos apoyan mis alegaciones de paternidad:
- Nombre (Primer, Segundo, Apellido)
- a. Vivimos juntos. Sí No Fechas: _____ hasta _____
Ubicación: _____
- b. Les he dicho a los funcionarios del servicio social que él es el padre de este niño. Sí No
- c. Le dije a él que era padre del niño. Sí No
- d. Él es indicado como el padre en el certificado de nacimiento. Sí No Copia certificada adjunta
- e. Él firmó un reconocimiento de paternidad antes de que un reconocimiento se convirtiera en una decisión legal de paternidad según la ley del estado. Sí No Copia certificada adjunta
- f. Él admitió ser el padre del niño. Sí No
- g. Él envió tarjetas y cartas en relación con el embarazo y/o acerca del niño. Sí No Copias adjuntas
- h. Él estuvo presente en el nacimiento del niño. Sí No
- i. Él visitó al niño en el hospital después del nacimiento. Sí No
- j. Él ofreció pagar los gastos del aborto. Sí No
- k. Él ofreció pagar los gastos médicos. Sí No
- l. Él pagó por los gastos relacionados con el nacimiento. Sí No
- m. Él declaró al niño en la declaración de impuestos. Sí No
- n. Él ha proporcionado alimentos, ropa, regalos, o apoyo económico para el niño. Sí No Si respondió que sí, explique en la Sección IV.
- o. Él vivió con el niño. Sí No Si respondió que sí, explique en la Sección IV.

DECLARACIÓN JURADA DE APOYO DE ESTABLECIMIENTO DE PATERNIDAD, PÁGINA 3

- p. Él visitó al niño. Sí No Si respondió que sí, explique en la Sección IV.
- q. El niño se parece a él. Foto adjunta Sí No Si respondió que sí, explique en la Sección IV.
- r. Hay testigos de mi relación con él. Sí No
(Si respondió que sí, indique los nombres y direcciones y describa brevemente los hechos relevantes conocidos por cada uno según la Sección IV)

SECCIÓN III (A SER COMPLETADA POR EL PADRE SOLAMENTE)

Los hechos siguientes apoyan mi creencia y mis declaraciones de que yo soy el padre de este niño:

- a. La madre y yo vivimos juntos. Sí No Fechas: __ hasta ____
Ubicación: _____
- b. La madre me dijo que yo soy el padre del niño. Sí No
- c. Yo estoy indicado como el padre en el certificado de nacimiento. Sí No Copia certificada adjunta
- d. Yo firmé un reconocimiento de paternidad antes de que un reconocimiento se convirtiera en una decisión legal de paternidad según la ley del estado. Sí No Copia certificada adjunta
- e. Yo estuve presente en el nacimiento del niño. Sí No
- f. Yo visité al niño en el hospital después del nacimiento. Sí No
- g. Yo ofrecí pagar los gastos del aborto. Sí No
- h. Yo ofrecí pagar los gastos médicos. Sí No
- i. Yo pagué por los gastos relacionados con el nacimiento. Sí No
- j. Yo declaré al niño en la declaración de impuestos. Sí No
- k. He proporcionado alimentos, ropa, regalos, o apoyo económico para el niño. Sí No Si respondió que sí, explique en la Sección IV
- l. He vivido con el niño. Sí No Si respondió que sí, explique en la Sección IV
- m. He visitado al niño. Sí No Si respondió que sí, explique en la Sección IV
- n. El niño se parece a mí. Foto adjunta. Sí No Si respondió que sí, explique en la Sección IV
- o. Hay testigos de mi relación con la madre del niño. Sí No
(Si respondió que sí, indique los nombres y direcciones y describa brevemente los hechos relevantes conocidos por cada uno según la Sección IV)

SECCIÓN IV – OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE (Incluyendo explicaciones detalladas para respuestas “SÍ” en la Sección II o la Sección III anteriores)

Continúa en hoja(s) adjuntas, incorporadas por referencia

DECLARACIÓN JURADA DE APOYO DE ESTABLECIMIENTO DE PATERNIDAD, PÁGINA 4

Toda la información y los hechos contenidos en esta DECLARACIÓN JURADA DE APOYO DE ESTABLECIMIENTO DE PATERNIDAD son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. Acepto asistir yo y, si soy el custodio, mi hijo a las pruebas genéticas que sean necesarias para establecer la paternidad.

Fecha

Firma

Firmado y jurado en mi presencia en
Fecha, Condado, Estado

Notario Público/Funcionario y título

Mi nombramiento expira